



Kangasalan sosiaali- ja terveyskeskus
Opiskeluterveydenhuolto

OPISKELUTERVEYDENHUOLLON TERVEYSKYSELY

Pvm: ____/____/20____

Tiedot tulevat vain opiskeluterveydenhuollon käyttöön.

HENKILÖTIEDOT	
Suku- ja etunimi	Sosiaaliturvatunnus
Lähiosoite	Puhelin
Postinumero	Postitoimipaikka
Äidin/hooltajan nimi	Kotikunta
Isän/hooltajan nimi	Puhelin
Muu lähiomainen	Puhelin
ASUMINEN	
<input type="checkbox"/> Molempien vanhempien luona <input type="checkbox"/> Äidin luona <input type="checkbox"/> Isän luona <input type="checkbox"/> Itsenäisesti	
<input type="checkbox"/> Sijoitettuna, missä?	Puhelin
Sisarukset:	
Samassa taloudessa asuvat myös:	
OPISKELU	
Edellisen koulun nimi:	
Koulussa olen käyttänyt seuraavia palveluja:	Koulukuraattori <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En Erityisopettaja <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En Koulupsykologi <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
LIIKUNTA JA VAPAA-AIKA	
Miten liikut ja kuinka usein?	
Muut harrastukset ja vapaa-ajan käyttö?	
LEPO	
Kuinka monta tuntia yössä nukut?	tuntia/yö
Häiritseekö yöntasi ja lepoasi jokin seikka?	
HAMPAIDEN HOITO	
Kuinka monta kertaa päivässä peset hampaasi?	
Milloin olet viimeksi käynyt hammastarkastuksessa?	

RUOKAILU JA RAVITSEMUS

Ateriarytmini: aamupala lounas välipala päivällinen iltapala

Onko sinulla ruoka-aineallergioita? Ei Kyllä, mitä?

Noudatatko jotain erikoisruokavaliota? En Kyllä, mitä?

Käytätkö päivittäin maitotuotteita?
Mitä? Kyllä En

Käytätkö päivittäin kasviksia? En Kyllä

Syötkö lisäravinteita tai vitamiineja En Kyllä Mitä?

ROKOTUKSET

Onko sinulla rokotuskortti? Kyllä Ei
(Tuo rokotuskortti mukasi opiskeluterveydenhuoltoon!)

TERVEYDENTILA

Minkälaiseksi tunnet oman terveytesi? hyvä keskinkertainen huono

Onko sinulla jokin seuraavista sairauksista?

- Allergia, mikä?
- Astma
- Diabetes
- Epilepsia
- Reuma
- Psykkinen sairaus
- Muu pitkäaikaissairaus, mikä?

Oletko saanut kuntoutusta tai terapiaa (esim. fysioterapia, toimintaterapia, psykoterapia)?

Onko perheessäsi / lähisuvussasi esim. sydän- tai verisuonisairauksia, reumaa, diabetesta, mielenterveysongelmia, ongelmallista päihteiden käyttöä, väkivaltaa, muuta? Kenellä?

Onko sinulla **säännöllinen lääkitys**, mikä?

Onko sinulla jokin **lääkeaineallergia**, mikä?

Onko sinua vaivannut pidempään tai toistuvasti?

- Akne/ iho-oireet/ ihottuma
- Niska/hartiaseudun kivut
- Päänsärky/ migreeni
- Selkävivot
- Vatsakivut
- Väsymys/ uupumus
- Muu, mikä?

SEURUSTELU JA SEKSUAALITERVEYS

Kysymyksiä tytöille:

Kuukautisten alkamisikä v. Vuodon kesto päivää

Kierron pituus päivää

Onko sinulla kuukautisiin liittyviä vaivoja? Ei Kyllä, mitä?

Onko sinua ohjattu tutkimaan rintasi? Ei Kyllä

Kysymyksiä pojille:

Onko sinulla ahdas esinahka? Ei Kyllä

Onko sinulla virtsavaivoja? Ei Kyllä, mitä?

Molemmille:

Seurusteletko tällä hetkellä? En Kyllä

Oletko harrastanut seksiä? En Kyllä

Käyttämäsi ehkäisy:

Kondomi Ehkäisytabletti, mikä? _____ Muu, mikä? _____

Onko sinulla tarvetta sukupuolitauteihin? Ei Kyllä

Haluatko keskustella seurusteluun tai ehkäisyyn liittyvistä asioista?

HENKINEN HYVINVOINTI

Mitkä asiat tuottavat sinulle iloa?

Mistä asioista olet huolestunut?

Oletko tyytyväinen ystävyysuhteisiisi? Jos olet huolissasi, niin mistä?

Onko sinulla joku läheinen, jolle voit puhua huolestasi? Kyllä Ei

Onko sinua kiusattu peruskoulussa? Kyllä Ei

Koetko kiusaamista tai häirintää nykyisessä koulussasi? Kyllä En

Ratkaisetko ongelmatilanteet väkivallalla? Kyllä En

Oletko koskaan joutunut henkisen ja/tai fyysisen väkivallan kohteeksi? Kyllä En

Oletko kohdannut seksuaalista väkivaltaa? (esim. tahdonvastaista koskettelua, seksiin pakottamista, epäasiallisia pyyntöjä tai ehdottelua internetin kautta?) Kyllä En

Mikäli sinulla on mielenterveyden ongelmia, oletko saanut apua? Kyllä En

Onko sinulla muita asioita, joista haluat keskustella terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa?

Kysely mielialasta

Vastaa seuraaviin kysymyksiin siten, millaiseksi tunnet itsesi tänään. Rengasta kustakin vain yksi vaihtoehto. Jokin kysymys voi tuntua Sinusta yllättävältä. Toivomme kuitenkin, että vastaat kaikkiin kysymyksiin.

1. Minkälainen on mielialasi?

- 1 Mielialani on melko valoisa ja hyvä
- 2 En ole alakuloinen tai surullinen
- 3 Tunnen itseni alakuloiseksi ja surulliseksi
- 4 Olen alakuloinen jatkuvasti, enkä pääse siitä
- 5 Olen niin masentunut ja alavireinen, etten enää kestä

2. Miten suhtaudut tulevaisuuteen?

- 1 Suhtaudun tulevaisuuteen toiveikkaasti
- 2 En suhtaudu tulevaisuuteen toivottomasti
- 3 Tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta
- 4 Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa
- 5 Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin

3. Miten katsot elämäsi sujuneen?

- 1 Olen elämässäni onnistunut huomattavan usein
- 2 En tunne epäonnistuneeni elämässä
- 3 Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin
- 4 Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
- 5 Tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä

4. Miten tyytyväiseksi tai tyytymättömäksi tunnet itsesi?

- 1 olen varsin tyytyväinen elämään
- 2 en ole erityisen tyytyväinen
- 3 en nauti asioista samalla tavoin kuin ennen
- 4 minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuristään
- 5 olen täysin tyytymätön kaikkeen

5. Minkälaisena pidät itseäsi?

- 1 Tunnen itseni melko hyväksi
- 2 En tunne itseäni huonoksi ja arvottomaksi
- 3 Tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein
- 4 Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina
- 5 Olen kerta kaikkiaan huono ja arvoton

6. Onko sinulla pettymyksen tunteita?

- 1 Olen tyytyväinen itseni ja suorituksiini
- 2 En ole pettynyt itseni suhteen
- 3 Olen pettynyt itseni suhteen
- 4 Minua inhottaa itseni
- 5 Vihaan itseäni

7. Onko sinulla itsesi vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia?

- 1 Minulla ei ole koskaan ollut itsemurha-ajatuksia
- 2 En ajattele, enkä halua vahingoittaa itseäni
- 3 Minusta tuntuu, että olisi parempi, jos olisin kuollut
- 4 Minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta
- 5 Tekisin itsemurhan, jos siihen olisi mahdollisuus

8. Miten suhtaudut vieraiden ihmisten tapaamiseen?

- 1 Pidän ihmisten tapaamisesta ja juttelemisesta
- 2 En ole menettänyt kiinnostusta muihin ihmisiin
- 3 Toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin paljon kuin ennen
- 4 Olen melkein menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan
- 5 Olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan

9. Miten koet päätösten tekemisen?

- 1 Erialaisten päätösten tekeminen on minulle helppoa
- 2 Pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin
- 3 Varmuuteni on vähentynyt ja yritän lykätä päätöksen tekoa
- 4 Minulla on suuria vaikeuksia päätösten teossa
- 5 En pysty enää lainkaan tekemään ratkaisuja ja päätöksiä

10. Minkälaisena pidät olemustasi ja ulkonäköäsi?

- 1 Olen melko tyytyväinen ulkonäköni ja olemukseeni
- 2 Ulkonäkössäni ei ole minua haittaavia piirteitä
- 3 Olen huolissani siitä, että näytän epämiellyttävältä
- 4 Minusta tuntuu, että näytän rumalta
- 5 Olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä

11. Minkälaisena nukkumisesi on?

- 1 Minulla ei ole nukkumisessa mitään vaikeuksia
- 2 Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin
- 3 Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen
- 4 Minua haittaa unettomuus
- 5 Kärsin unettomuudesta, nukahtamisvaikeuksista tai liian aikaisesta kesken unien heräämisestä

12. Tunnetko väsymystä ja uupumusta?

- 1 Väsyminen on minulle lähes täysin vierasta
- 2 En väsy helpommin kuin tavallisestikaan
- 3 Väsyn helpommin kuin ennen
- 4 Vähäinenkin työ väsyttää ja uuvuttaa minua
- 5 Olen liian väsynyt tehdäkseeni mitään

13. Minkälainen ruokahalusi on?

- 1 Ruokahalussani ei ole mitään hankaluuksia
- 2 Ruokahaluni on ennallaan
- 3 Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
- 4 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
- 5 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua

14. Oletko ahdistunut ja jännittynyt?

- 1 Pidän itseäni melko hyvähermoisena, enkä ahdistu kovinkaan helposti
- 2 En tunne itseäni ahdistuneeksi tai "huonohermoiseksi"
- 3 Ahdistun ja jännityn melko helposti
- 4 Tulen erityisen helposti tuskaiseksi, ahdistuneeksi tai jännittyneeksi
- 5 Tunnen itseni jatkuvasti ahdistuneeksi ja tuskaiseksi kuin hermoni olisivat "loppuun kuluneet"

OPISKELUTERVEYDENHUOLLON PÄIHDEKYSELY

Ympyröi kustakin kysymyksestä se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa tilannettasi.

Kysymykset perustuvat Maailman terveysjärjestön kehittämään AUDIT -testiin

Yksi alkoholiannos =

pullo (33 cl) keskiolutta tai siideriä,
lasi (12 cl) mietoa viiniä,
pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä tai
ravintola-annos (4 cl) väkeviä

Annosten laskuavain:

iso tuoppi (0,5 l) keskiolutta tai mietoa siideriä = 1,5 annosta
iso tuoppi (0,5 l) A-olutta tai vahvaa siideriä = 2 annosta
pullo (0,75 l) viiniä (12 %) = 6 annosta
pullo (0,5 l) väkeviä = 13 annosta

Kuinka usein juot olutta, siideriä tai muita

alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- 0 en koskaan
- 1 noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 2 2-4 kertaa kuukaudessa
- 3 2-3 kertaa viikossa
- 4 4 kertaa viikossa tai useammin

Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 0 1–2 annosta
- 1 3–4 annosta
- 2 5–6 annosta
- 3 7–9 annosta
- 4 10 annosta tai enemmän

Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- 0 en koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2 kerran kuukaudessa
- 3 kerran viikossa
- 4 lähes päivittäin

Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholin-käyttöä, kun aloit ottaa?

- 0 ei koskaan
- 1 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2 joka kuukausi
- 3 joka viikko
- 4 lähes päivittäin

Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- 0 ei koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2 kerran kuukaudessa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin

Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- 0 en koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2 kerran kuukaudessa
- 3 kerran viikossa
- 4 lähes päivittäin

Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syällisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- 0 en koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2 kerran kuukaudessa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- 0 ei koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2 kerran kuukaudessa
- 3 kerran viikossa
- 4 lähes päivittäin

Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- 0 ei
- 2 on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- 4 kyllä, viimeisen vuoden aikana

Onko läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomistasi?

- 0 ei
- 2 on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- 4 kyllä, viimeisen vuoden aikana

Viikossa juon _____ annosta.

Testissä sain _____ pistettä.

Tarkistamisen varaa?

Olen menossa. "Vihreällä" 0–7 pistettä

"Keltaisella" 8–13 pistettä

"Punaisella" yli 14 pistettä

KYSELY TUPAKAN, LÄÄKKEIDEN JA HUUMEIDEN KÄYTÖSTÄ

Rastita parhaiten omaa tilannettasi kuvaava vaihtoehto.

Tupakoitko?		
<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Lopettanut, koska?
Jos kyllä, montako savuketta tupakoit päivässä?		
Nuuskaatko?		
<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Lopettanut, koska?
Oletko koskaan yrittänyt lopettaa tai lopettanut tupakoinnin/ nuuskaamisen?		
<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä	
Haluatko lisäohjausta tupakoinnin/nuuskaamisen lopettamiseksi?		
<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä	
Käytätkö lääkkeitä päihtymistarkoituksessa?		
<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Kokeillut
Käytätkö kannabista? (marihuana, hasis, THC, pilvi, öljy)		
<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Kokeillut
Käytätkö muita huumeita? (amfetamiini, kokaiini, heroini, PCP, LSD tai muuta)		
<input type="checkbox"/> En	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Kokeillut
Jos vastasit kyllä/kokeillut, mitä?		
Onko päihteiden käyttösi kuluneen vuoden aikana mielestäsi?		
<input type="checkbox"/> Lisääntynyt	<input type="checkbox"/> Pysynyt samassa	<input type="checkbox"/> Vähentynyt
KIITOS VASTAUKSISTASI!		
Tuo terveystarkastukseen. Jos sinulla on silmälasit, ota ne mukaasi.		